Factura electronica

Secretaría de Salud Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E.	CERTIFICACIÓN DE CUMPLIMIENTO DE CONTRATO U ORDEN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS (OPS) PARA PROCESO DE PAGO POR TESORERIA	Versión	3	ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.
		Fecha de aprobación	15/02/2018	
		Código:	04-02-FO-0002	

INFORMACIÓN DEL CONTRATISTA												
NOMBRE DEL CONTRATISTA:	JOSE MIGUEL PERALTA ZABALETA											
TIPO DE DOCUMENTO:	C.C	X	C.E		NO.	17956572						
CORREO ELECTRONICO:	lompeza@yahoo.es				CELULAR:	3134198045						
UNIDAD DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD:					Fontibon							
UBICACIÓN DEL SERVICIO:	Medicina Interna				SEDE:	Fontibon						
CENTRO DE COSTOS:	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%
	F003B04	30	F003J06	30	F003J05	40						
ENTIDAD FINANCIERA:	DAVIVIENDA				TIPO DE CUENTA:	Ahorros						
NUMERO DE CUENTA BANCARIA	570005570192160								PENSIONADO	No		

INFORMACIÓN PARA EL PAGO DEL CONTRATO U ORDEN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS										
NÚMERO DE CONTRATO Y VIGENCIA:	2133-2021			N° DE PAGOS DEL CONTRATO	4					
NÚMERO DE CDP	609	FECHA	26/04/2021	NÚMERO DE CRP	26058	FECHA	30/04/2021			
OBJETO DEL CONTRATO:	PRESTAR SERVICIOS COMO MEDICO INTERNISTA ,Dentro de los diferentes procesos y procedimientos de la SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR OCCIDENTE E.S.E. - UNIDAD PRESTADORA DE SERVICIOS DE SALUD FONTIBÓN, de acuerdo a las necesidades de la institución.									
PERIODO CERTIFICADO:	DESDE	DIA	MES	AÑO	HASTA	DIA	MES	AÑO		
		1	5	2021		31	5	2021		
VALOR HONORARIOS MENSUALES:	$81.692									
TIPO DE SERVICIOS	Asistencial	RESERVA DE GLOSA 0%								

OBSERVACIONES: autorizo a la subred integrada de servicios de salud suroccidente ESE a girar la suma de $2.600.000 a la cuenta AFC 22300001742 de Bancolombia, solicito la aplicacion de beneficio de dependiente segun el articulo 2 decreto 099/13 por mi hijo Miguel Angel Peralta Mancilla, Solicito aplicar para efectos de retencion en la fuente el 11%,- MARZO 204 HORAS ABRIL 204 HORAS MAYO 230 HORAS

CONTROL DE EJECUCIÓN DEL CONTRATO	
CONCEPTO	VALORES
VALOR TOTAL DEL CONTRATO MAS ADICIONES:	$77.718.400
VALOR EJECUTADO	$73.239.496
VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA	$18.789.160
VALOR A LIBERAR	$0
SALDO POR EJECUTAR	$4.478.904
PORCENTAJE DE EJECUCIÓN	94%

El Interventor o supervisor del contrato CERTIFICA QUE:

Se verifica el cumplimiento del mínimo valor de los aportes al sistema de seguridad social en salud y pensiones pagado en el mes. Los honorarios inferiores a $2.271.315, el valor para IBC debe ser sobre un salario mínimo legal vigente.

Número de Planilla	IBC DE COTIZACION	APORTE A SALUD 12.5% IBC	APORTE PENSION 16%	NIVEL ARL	APORTE ARL	TOTAL APORTES
50307254	$6.666.067	$833.258	$1.066.571	3	$162.385	$2.062.215

Dado en Bogotá a los (xx) días del mes de MAYO del año Dos Mil veintiuno (2021). Lo anterior para que surta el pago pertinente. Cordialmente,

DR RODOLFO DUARTE CELY	JOSE MIGUEL PERALTA ZABALETA
NOMBRE y FIRMA DEL SUPERVISOR:	NOMBRE y FIRMA DEL CONTRATISTA

JOSE MIGUEL PERALTA ZABALETA

NIT: 17956572-6

Régimen: No responsable de IVA

Persona Natural

CL 54 4 35 AP 503, Bogotá D.C., Bogotá, Colombia

Tel. 3134198045

Email. jompeza@yahoo.es

Autorización factura electrónica de venta No. 18764011789000 válida desde 2021-03-24 hasta 2021-09-24 rango desde JP1 hasta JP100.

Cliente: SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUROCCIDENTE
NIT: 900.959048
Dirección: Cl. 9 -39-46, Bogotá, D.C., Bogotá, Colombia, CP 110111

Teléfono: 3753569
Email: liderasistencialuf@subredsuroccidente.gov.co

Tipo de negociación: Contado
Medio de Pago: Consignación bancaria
Fecha de Pago: 31/05/2021
Total de Lineas: 1

FACTURA ELECTRÓNICA DE VENTA:	**JP5**
MONEDA:	**COP Colombia, Pesos**
HORA EMISIÓN:	**07:24:30**
FECHA FIRMADO:	**20/05/2021 12:24:27**

FECHA DE EMISIÓN			FECHA DE VENCIMIENTO		
DIA	MES	AÑO	DIA	MES	AÑO
20	05	2021	20	05	2021

#	CÓDIGO	DESCRIPCIÓN	U. MEDIDA	CANTIDAD	PRECIO U.	IVA	DCTO.	TOTAL
1	1	valor horas especialista	HUR	230,00	$81.692,00		0,00	$18.789.160,00

Notas:
Prestación de servicios como medico internista en el mes de mayo 2021 en la USS Fontibon

SON: (dieciocho millones setecientos ochenta y nueve mil ciento sesenta pesos)
CUFE: 4c256031fee1c1ce654eab28cc0627babc97cce812214d9e61b841b9c4ad6a15e76820c5e77cdfdf7d8601c18ea49a23

Subtotal:	$18.789.160,00
Cargos:	$0.00
Descuento:	$0.00
Total:	$18.789.160,00

Firma Digital:
OJYHwlj5V7Psz9B+HmrY+QbUhBjFqDPzBLz6Lu93jiy0tO5SWfZm7GAdp9DwZcoR4RgYzlHMPoHkLH0KfoNYqamvW/rhu8A0fsdGlX+d0Ofpy/Z5syeiPPrPWdLLaOJjNTRETTVVrgee+1gZZGyFOPbStnh9ODhUoizXgT4/gmmTA4/
RbudJ3NKye8IAEUaRgBgTQOEq4OBD6qhQGdYXwGEVfv1cPwIN7I7fSYG2olPIEeqhsiNXkyS+E7ZNjd4gqVlycAuJtNOzs90dooVvOwakfkGMUelqFf7VOx+0PW9z7yhQU7cuEIp4W4E4nEOSJBV9RgFLq75aJc0Bc4pvgw==

Este comprobante corresponde al periodo de: 01/05/2021 hasta: 31/05/2021.
Esta factura es un título valor de acuerdo al art. 774 del C.C. y una vez aceptada declara haber recibido los bienes y servicios a satisfacción.

Representación Gráfica de la Factura de Venta Electrónica.

Software: e-Factura Proveedor tecnológico: cadena s.a. Nit. 890.930.534-0

Secretaría de Salud Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E.	INFORME DE ACTIVIDADES POR ORDEN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS	Versión	2	ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.
		Fecha de aprobación	03/04/2017	
		Código:	04-02-FO-0003	

Ubicación del Servicio:	CAMI II		Sede: FONTIBON							
No. DE CONTRATO:	2133-2021	Periodo certificado desde el	Día	Mes	Año	a	Día	Mes	Año	
			1	5	2.021		31	5	2.021	
NOMBRE DEL CONTRATISTA:	JOSE MIGUEL PERALTA ZABALETA		C. C.	17.956.572			DE	bogota		

OBJETO DEL CONTRATO: Prestar servicios Profesionales Especializados a la gestion administrativa y/o asistencial en el area de Hspitalizacion y Urgencias como Medico internista dentro de los diferentes procesos y procedimientos de la SUBRED INTEGRADA DE SERVCIOS DE SALUD SUR OCCIDENTE E.S.E. de acuerdo al requerimiento institucional.

El resultado del cumplimiento del contrato es: Productos : SI ____ NO ____ Servicios: SI X NO ____

OBLIGACIONES CONTRACTUALES	PROGRAMADO	ACTIVIDADES REALIZADAS	PRODUCTOS ENTREGADOS
Realizar las actividades y procedimientos diagnósticos y terapéuticos señalados para el manejo de patologías establecidos dentro del plan integral de su especialidad.	100%	Realizo las actividades y procedimientos diagnósticos y terapéuticos señalados para el manejo de patologías establecidos dentro del plan integral de su especialidad.	PROCEDIMIENTOS Y PROTOCOLOS INSTITUCIONALES
Cumplir con las exigencias legales y éticas para el adecuado manejo de la historia clínica de los pacientes	100%	Cumplo con las exigencias legales y éticas para el adecuado manejo de la historia clínica de los pacientes	PROCEDIMIENTOS Y PROTOCOLOS INSTITUCIONALES
Llevar registro de la atención de los procedimientos, actividades e intervenciones, así como mantener actualizados los informes estadísticos definidos por la Subred y todos aquellos registros necesarios para el cumplimiento de los procesos de costos y facturación	100%	Llevo el registro de la atención de los procedimientos, actividades e intervenciones, así como mantener actualizados los informes estadísticos definidos por la Subred y todos aquellos registros necesarios para el cumplimiento de los procesos de costos y facturación	SISTEMA DE INFORMACION INSTITUCIONAL
Participar en la programación de actividades del área.	100%	Participo en la programación de actividades del área.	CUANDO LO REQUIERA
Reportar los eventos de notificación obligatoria con la oportunidad establecida en la normatividad vigente	100%	Reporto los eventos de notificación obligatoria con la oportunidad establecida en la normatividad vigente	REGISTRO SISTEMA DE INFORMACION
Notificar las fallas de calidad que se presenten en el servicio, participar en los análisis a los que sea convocado e implementar las acciones de mejora definidas para el servicio.	100%	Notifico las fallas de calidad que se presenten en el servicio, participar en los análisis a los que sea convocado e implementar las acciones de mejora definidas para el servicio.	CUANDO SE REQUIERA
Impartir instrucciones al equipo de salud sobre los procedimientos ordenados al paciente.	100%	Imparto instrucciones al equipo de salud sobre los procedimientos ordenados al paciente.	ORDENES MEDICAS
Diligenciar en forma adecuada los formatos o instrumentos propios de su actuar con criterios de legibilidad, oportunidad e integralidad.	100%	Diligencio en forma adecuada los formatos o instrumentos propios de su actuar con criterios de legibilidad, oportunidad e integralidad.	SISTEMA DE INFORMACION INSTITUCIONAL
Diligenciar el consentimiento informado acorde al procedimiento.	100%	Diligencio el consentimiento informado acorde al procedimiento.	CUANDO SE REQUIERA
Practicar el seguimiento y control a pacientes en los que se requiera su participación.	100%	Practico el seguimiento y control a pacientes en los que se requiera su participación.	CUANDO SE REQUIERA
Informar al paciente y su familia sobre su condición, plan de manejo y atención.	100%	Informo al paciente y su familia sobre su condición, plan de manejo y atención.	SISTEMA DE INFORMACION INSTITUCIONAL
Emitir conceptos médicos que se le requieran.	100%	Emito conceptos médicos que se le requieran.	CUANDO SE REQUIERA
Apoyar el cumplimiento de las normas del Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad según requerimientos de la Subred.	100%	Apoyo el cumplimiento de las normas del Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad según requerimientos de la Subred.	PROCEDIMIENTOS Y PROTOCOLOS INSTITUCIONALES
Elaborar informe mensual sobre el desarrollo y avance de sus actividades y entregarlas al supervisor del contrato para la certificación de cumplimiento del contrato.	100%	Elaboraro informe mensual sobre el desarrollo y avance de sus actividades y entregarlas al supervisor del contrato para que este certifique el cumplimiento.	FORMATO INSTITUCIONAL
Responder por los elementos entregados para el desempeño de las actividades asignadas y entregarlos a la persona encargada en caso de terminación del contrato.	100%	Respondo por los elementos entregados para el desempeño de mis actividades asignadas y entregare a la persona encargada en caso de terminación del contrato.	CUANDO SE REQUIERA
Participar en las jornadas de capacitación, inducción, equipos de mejoramiento de acreditación, reuniones y	100%	Participo en las jornadas de capacitación, inducción, equipos de mejoramiento de acreditación, reuniones y eventos a los cuales sea convocado.	CUANDO SE REQUIERA
Conocer y dar cumplimiento a los procedimientos establecidos por la Subred, además de apoyar la implementación de los mismos.	100%	Conozco y doy cumplimiento a los procedimientos establecidos por la Subred, además de apoyar la implementación de los mismos.	PROCEDIMIENTOS Y PROTOCOLOS INSTITUCIONALES
Apoyar a la Subred en las actividades que demande según requerimientos interinstitucionales y extrainstitucionales.	100%	Apoyo a la Subred en las actividades que demande según requerimientos interinstitucionales y extrainstitucionales.	CUANDO SE REQUIERA
Registrar las actividades realizadas relacionadas con la prestación del servicio, de acuerdo con el sistema de información de la Subred.	100%	Registro las actividades realizadas relacionadas con la prestación del servicio, de acuerdo con el sistema de información de la Subred	SISTEMA DE INFORMACION INSTITUCIONAL
Participación en las investigaciones que se adelanten en la Subred que permitan conocer y plantear nuevas alternativas de diagnóstico e intervención de los usuarios.	100%	Participo en las investigaciones que se adelanten en la Subred que permitan conocer y plantear nuevas alternativas de diagnóstico e intervención de los usuarios.	CUANDO SE REQUIERA
Realizar supervisión de los contratos para los que sea designado	100%	Realizo supervisión de los contratos para los que sea designado	CUANDO SE REQUIERA
Entregar la constancia de afiliación y el pago al sistema de seguridad social en salud, pensiones y riesgos profesionales mensualmente	100%	Entrego la constancia de afiliación y el pago al sistema de seguridad social en salud, pensiones y riesgos profesionales mensualmente	PLANILLA INTEGRADA DE LIQUIDACION DE APORTES (pila)
Realizar las demás actividades que le sean asignadas acordes con el objeto del contrato.	100%	Realizo las demás actividades que le sean asignadas acordes con el objeto del contrato.	CUANDO LO REQUIERAN

OBSERVACIONES: AGOSTO 144 HORAS SEPTIEMBRE 186 HORAS OCTUBRE 200 HORAS NOVIEMBRE 174 HORAS DICIEMBRE 192 HORAS ENERO 192 HORAS FEBRERO 192 HORAS

AJUSTE 192 HORAS MARRZO 204 HORAS ABRIL 204 HORAS MAYO 230 HORAS

TOTAL A PAGAR (Número y letras): $18789160 DIEZ Y OCHO MILLONES SETECIENTOS OCHENTA Y NUEVE MIL CIENTO SESENTA PESOS M-CTE

José M. Peralta

C.C.

Fecha : - 2020

Nota: El informe para su aprobación estará sujeto a la certificación de cumplimiento del contrato que expida el supervisor.

compensar | miplanilla.com

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE	DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
CC	17956572	Jose Miguel Peralta Zabaleta	cl 22 a 72 b 48 apto 902 torre 3	3134198045	jompeza@yahoo.es	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL / CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO		
ÚNICA	I – Independiente		BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ, D.C.		NO

DATOS DE LA PLANILLA						
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD EMPLEADOS	CANTIDAD UPC
					1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR	
2021-04	2021-04	I	03/05/2021	50307251	$3.035.500	

TOTALES POR SUBSISTEMAS

TOTALES SALUD

Código EPS	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	UPC Adicional	Incapacidades		Licencia Maternidad		Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora UPC	Total a Pagar	No. Afiliados
					No. Autorización	Valor	No. Autorización	Valor					
EPS005	Sanitas EPS	800251440-6	1.188.000	0		0		0	0	0	0	1.188.000	1

TOTALES PENSIÓN

Código AFP	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Aporte Voluntario Afiliado	Aporte Voluntario Aportante	Aporte FSP - Solidaridad	Aporte FSP - Subsistencia	Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora FSP	Total a Pagar	No. Afiliados
230201	Proteccion (ING & Proteccion)	800229739-0	1.520.700	0	0	47.600	47.600	0	0		1.615.900	1

TOTALES RIESGOS LABORALES

Código ARL	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Incapacidades		Aportes Otros Sistemas	Valor Neto Cotización	Días Mora	Valor Mora Cotización	Subtotal Cotización	No. Radicado Saldo a Favor	Valor Saldo a Favor	Fondo Solidaridad	Total a Pagar	No. Afiliados
				No. Autorización	Valor										
14-11	ARL SURA	800063790-5	231.600				231.600	0	0	231.600			2.316	231.600	

TOTALES CAJAS

Código CCF	Nombre	NIT	Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados

TOTALES PARAFISCALES

Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
SENA				
0	0	0	0	0
ICBF				
0	0	0	0	0
ESAP				
MEN				

TOTALES POR SUBSISTEMA

Tipo Administradora	No. Administradoras Reportadas	Valor antes de IGE, LMA, IRP y Mora	Total a Pagar
Salud	1	1.188.000	1.188.000
Pensión	1	1.615.900	1.615.900
Riesgos Laborales	1	231.600	231.600
CCF	0	0	0
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	3	3.035.500	3.035.500

Este documento está clasificado como PRIVADO por parte de Compensar Operador de Información

compensar | miplanilla.com

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE	DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
CC	17956572	Jose Miguel Peralta Zabaleta	cl 22 a 72 b 48 apto 902 torre 3	3134198045	jompeza@yahoo.es	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL / CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO		
ÚNICA	I – Independiente		BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ, D.C.		NO

DATOS DE LA PLANILLA						
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD	
					EMPLEADOS	UPC
					1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR	
2021-04	2021-04	I	03/05/2021	50307251	$3.035.500	

DETALLE POR COTIZANTE

INFORMACIÓN COTIZANTE								INFORMACIÓN NOVEDADES														PENSIÓN							SALUD			RIESGOS LABORALES				CCF			PARAFISCALES				
No.	Tipo	No. de Identificación	Apellidos y Nombres	Cotizante	Subtipo	Extranjero	Colom. exterior	Estudiante	IRG	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	INL	CORRECCIÓN	Cód. AFP	IBC AFP	Cotización	Voluntario Afiliado	Voluntario Aportante	Fondo pensional de solidaridad	Fondo pensional de subsistencia	Cód. EPS	IBC EPS	Cotización / Valor UPC	Cód. ARL	IBC ARL	Clase de Riesgo	Cotización	Código CCF	IBC CCF	Aporte CCF	IBC otros parafiscales	Aporte SENA	Aporte ICBF	Aporte ESAP	Aporte MEN
1	CC	17956572	PERALTA ZABALETA JOSE MIGUEL	59	0			N																	230201	9.504.000	1.520.700	0	0	47.600	47.600	EPS005	9.504.000	1.188.000	14-11	9.504.000	3	231.600		0	0	0	0	0	0	0

PAGADA

Este documento está clasificado como PRIVADO por parte de Compensar Operador de Información

DOCUMENTO EQUIVALENTE A FACTURA

LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR OCCIDENTE E.S.E

NIT: 900.959.048-4

DEBE A:

JOSE MIGUEL PERALTA ZABALETA

C.C 17956572 DE FONSECA

La suma de $18789160, por concepto de: PRESTAR SERVICIOS PROFESIONALES ESPECIALIZADOS A LA GESTION ADMINISTRATIVA Y/O ASISTENCIAL EN EL AREA DE HOSPITALIZACION Y URGENCIAS COMO MEDICO INTERNISTA DENTRO DE LOS DIFERENTES PROCESOS Y PROCEDIMIENTOS DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUROCCIDENTE E.S.E DE ACUERDO AL REQUERIMIENTO INSTITUCIONAL, durante el periodo del 01 al 31 de MAYO de conformidad con lo establecido en el contrato de prestación de servicios No 2133-2021

José M. Peralta

JOSE MIGUEL PERALTA ZABALETA

C.C 17956572 DE FONSECA

CUENTA DE AHORROS BANCO DAVIVIENDA

NUMERO 0570005570192160